

SYNET PÅ BEGRENŚNING AV **LIVSFORLENGENDE MEDISINSK** **BEHANDLING I ULIKE** **RELIGIONER**

av

Medisinstudent Tran Thi My Linh

Kull h-07



Prosjektoppgave ved profesjonsstudiet i medisin
Veileder: Helge Skirbekk

UNIVERSITETET I OSLO

2012

Jeg vil takke

min veileder, Helge Skirbekk, for en strålende veiledning
og god oppfølging under utarbeidelse av oppgaven.

Oppgaven har gitt meg mange verdifulle tanker og
refleksjoner rundt et vanskelig, men spennende tema.

1. INNHOLDSFORTEGNELSE:

”Døden gjør livet meningsløst fordi alt vi noensinne har strevd for, opphører med den, og den gjør livet meningsfylt fordi dens nærvær gjør det lille vi har av det, umistelig, hvert øyeblikk kostbart.”

Karl Ove Knausgård

1. Innholdsfortegnelse	s.3
2. Abstract	s.4
3. Innledning	s.5
3.1 Presentasjon av tema og problemstilling.	s.5
3.2 Begrunnelse for valg av problemstillingen og avgrensning av oppgaven.	s.6
3.3 Bakgrunnsstoff: definisjon på dødshjelp og eutanasi.	s.7-9
3.4 Norsk lovgivning.	s.9
4. Metode	s.10
5. Sammendrag av litteraturen (resultat)	s.11
5.1 Den norske kirkes- og Den romersk-katolske kirkes syn	s.11-14
5.2 Islams syn	s.14-17
5.3 Hinduismens syn	s.17-20
5.4 Buddhismens syn	s.20-22
6. Diskusjon	s. 22-27
7. Litteraturliste	s.28-29

2. ABSTRACT

Background: End-of- life care poses fundamental ethical problems to clinicians. Development of new technology within medical and science have made it possible to keep patients alive with life-sustaining medical treatments such as elective intubation, mechanical ventilation, dialysis, artificial nutrition and hydration. The questions related to ethical decisions of withholding or withdrawing curative treatments have received substantial attention in medical journal as well as in public debate.

Euthanasia is usually divided into active euthanasia and withholding/withdrawing curative treatments (previous known as passive euthanasia). Active euthanasia and assisted suicide are by the law illegal in Norway, this should be separated from withholding/withdrawing curative treatments. Withholding/withdrawing treatments are common and legal in Norway. The decision however serves difficult ethical problems, especially when the patients are in coma.

Aims and objectives: The aim of this article is to discuss withholding/withdrawing curative treatments related to Christianity, Islam, Hinduism and Buddhism.

Methods: Extent literature review of articles written by religious leaders, doctors and medical ethics committees. Other data sources include books and different webpages to provide different perspectives regarding withholding/withdrawing curative treatments.

Result: Defining euthanasia is a difficult and complex task, which causes confusion among health care-workers. Withholding/withdrawing curative treatments covers different actions such as “do not resuscitate” known as DNR, do not start lifesaving treatments- and withholding or withdrawing treatments in terminal ill patients. Thus the patient will die from the disease itself and not by the actions performed by clinicians (3). Dying from such actions is known as active euthanasia.

Christianity, Islam, Hinduism and Buddhism are all against active euthanasia and assisted suicide. The religions permit withholding/withdrawing treatments to various degrees. The Roman Catholic Church allows passive euthanasia which includes the use of pain relief and withdrawing treatments, but the previous pope, John Paul II, argued strongly against the actions of withdrawing artificial hydration and nutrition of incurable patients. Islam has a divided view of withholding/withdrawing treatments. According to Islamic European Council for Fatwa and Research (ECFR) (13) withholding/withdrawing treatments is permitted. Hinduism prohibits active euthanasia and assisted suicide, though the religion acknowledges death by starving “prayopavesa” (15), in order to achieve spiritual contact and salvation. Buddhism is careful when it comes to decisions of withholding treatments, because of the families` and doctors` individual intentions, like heredity and their own gains.

Conclusion: The goal of this article is to give the readers a broad perspective of withholding/withdrawing treatments related to different religions. This is important in order to understand other cultures and to prevent miscommunications among clinicians and patients/families.

Systematic approaches and clear communications about withholding/withdrawing treatments should be given more attention when it comes to similar cases.

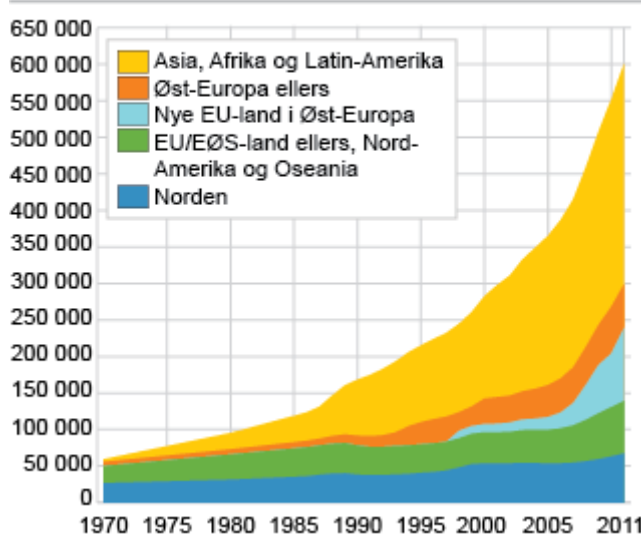
3. INNLEDNING:

3.1 Presentasjon av tema og problemstilling:

Med dagens teknologi og vitenskap innenfor medisin kan menneskekroppen holdes i live på kunstig vis. Døden er ikke lenger definert som øyeblikket der hjerneaktiviteten stopper og hjertet slutter å slå. Med nye midler kan menneskekroppen holdes i live ved hjelp av respirator, smertestillende, dialyse og kunstig væske- og ernæringstilførsel. Spørsmålet om dødshjelp har derfor vært et omstridt tema i media, lovgivning og samfunnsdebatten i Norge og generelt på verdensbasis. På den ene siden står samfunnets nyttiggjørelse av ressurser, på den andre siden pasientenes rett til å leve. Dette har ført til store diskusjoner på hva som er det mest forsvarlige for klinikere å gjøre, dersom en skulle stå overfor slike etiske dilemmaer.

Videre må vi heller ikke glemme at det moderne Norge er et land som er preget av et kulturelt mangfold. Tall fra statistisk sentralbyrå (SSB) (1) viser at det er registrert 60.900 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge av innvandrerforeldre. Hver pasient bringer med seg sin egen religiøse tro, kulturelle holdninger og verdier i forbindelse med behandlingen. Som leger må man ta hensyn til slike overbevisninger og tilrettelegge det som er best for hver enkelt pasient. Dette kan noen ganger være vanskelig.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Utvikling 1970-2011



Målet med oppgaven er å belyse denne problemstillingen i lys av de ulike religionenes syn på behandlingsbegrensning.

Hele oppgaven er delt i 7 deler. Del 3 er innledningen i oppgaven. Her blir oppgavens problemstilling, terminologi og norsk lovgivning beskrevet. Del 4 tar for seg metodene som ble brukt til å finne fram artikler og litteraturer. Del 5 (resultat) og del 6 (diskusjon) er hovedtyngden i oppgaven. I del 5 blir de viktigste religionene presentert med vekt på deres syn når det gjelder begrensning av livsforlengende medisinsk behandling. Sammenligninger og drøftinger av problemstillingen blir gjennomgått i del 6 (diskusjonsdelen). Viktige momenter blir trukket fram til å belyse problemstillingen, og hvordan dette kan bli anvendt til å forbedre pasient-legeforholdet.

3.2 Begrunnelse for valg av problemstillingen og avgrensning av oppgaven:

Prosjektoppgaven er en obligatorisk innleveringsoppgave for alle medisinstudenter ved universitet i Oslo, og skal leveres ved starten av det siste året på studiet. Gjennom studiet har medisinstudentene i løpet av 6 års utdanning vært gjennom de store basalfagene som anatomi, fysiologi, patologi, farmakologi, mikrobiologi, statistikk, humanitære/etiske fag og ikke minst kliniske og sosiale ferdigheter som må beherskes.

Hovedformålet med studiet er å gjøre oss som framtidige leger bedre rustet for det virkelige livet etter endt utdanning. I turnus og videre i karrieren står vi som ansvarlige leger med den hensikt å hjelpe pasienten på den best mulige måten. Utfordringen blir da: hva skjer når det ikke er mulig å hjelpe pasienten? Skal samfunnet bruke mye penger og ressurser på en terminal pasient med veldig dårlig prognose?

Aktiv dødshjelp og assistert selvmord er forbudt i Norge og har fått et stort fokus blant helsepersonell og den norske befolkningen. I de siste 10-15 årene har saker som Husebø-, Borchgrevink-, Sandsdalen- og Bærumsaken skapt store mediaoverskrifter når det gjelder legalisering av aktiv dødshjelp her i landet. Et annet viktig område ved eutanasi som det settes lite søkelys på er "behandlingsbegrensning". Innebærer behandlingsbegrensning at helsepersonalet kan unnlate å gi pasienten de mest grunnleggende livsbehovene som væske og næring? Hvor går egentlig denne grensen på hva som er etisk forsvarlig å gjøre?

Dette er et svært viktig felt å diskutere, til dels fordi behandlingsbegrensning er lovlig i Norge, men også fordi terminologien rundt behandlingsbegrensning kan være vanskelig å definere. Videre synes jeg det er nyttig å se dette i forhold til ulike religioner som er presentert i Norge, med hensyn til det kulturelle mangfoldet i landet.

Det er viktig å være klar over at det finnes flere retninger innenfor de ulike religionene, for eksempel i kristendommen (katolisisme, jehovas vitner, pinsevenner, protestanter osv). Det samme kan også vi finne i islam (med shia- og sunnimuslimer). På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere på den norske kirke, den romersk-katolske kirke, islam, buddhisme og hinduisme.

Begrunnelsen for valget ligger i at disse er de store religionene i verden. Kristendommen er delt i ulike retninger, og jeg velger å skrive om den norske kirke siden den står oss nært. Videre har jeg også valgt å skrive om den romersk-katolske kirke, fordi katolisismens lære avviker litt fra den norske kirkes syn på visse områder. Jeg vil ta for meg fellestrekkene for begge retningene og diskutere forskjellene hver for seg.

Når det gjelder islam, buddhisme og hinduisme finner vi også ulike retninger innenfor de forskjellige religionene. Målet mitt er å prøve å gi et sammenfallende bilde for hver enkelt religion.

3.3 Bakgrunnsstoff: definisjon på dødshjelp og eutanasi.

I denne delen vil jeg ta for meg terminologien og grunnleggende definisjoner omkring dødshjelp- og eutanasibegrepet, slik at vi til enhver tid skjønner hva det er vi aktualiserer eller drøfter om.

3.3.1 Dødshjelp og eutanasi:

Dødshjelp deler vanligvis inn i:

- 1) aktiv dødshjelp/eutanasi og
- 2) behandlingsbegrensning (tidligere kjent som passiv dødshjelp)

a) Aktiv dødshjelp omhandler ”eutanasi, ikke-barmhjertighetsdrap og assistert selvmord” (3).

Ordet *eutanasi* kommer fra to greske ord: *eu* for ”god” og *thanatos* for ”død” (2). På norsk blir eutanasi forstått som tiltak man treffer for å lette døden for en person eller for å fremme en lett, smertefri død (3).

Eutanasi betegner en handling der legen forkorter en pasients liv (oftest ved hjelp av en sprøyte med medikamenter). Handlingen må være et resultat av uttrykte og gjentatte anmodninger om hjelp til å dø, og pasienten må være klar, og må vite hva han/hun ber om. ”Frivillighet” er altså et kriterium for at en handling skal karakteriseres som eutanasi (3).

Videre har vi assistert selvmord hvor det ”er definert som en handling der en pasient får hjelp (ofte fremskaffelse av medikamenter) slik at han/henne selv kan ta sitt eget liv” (3).

b) Behandlingsbegrensning betegner ”en beslutning om å ikke sette inn eller å trekke tilbake livsforlengende medisinsk behandling med den følge at pasienten ofte dør av sin grunn sykdom” (3)

Vi ser at hovedskillet er mellom å drepe eller la pasienten dø. Altså ulike handlinger, likevel ser vi at resultatet er det samme altså ”døden”.

Et sentralt moment som må sees i forhold til definisjonen av dødshjelp er ”intensjonen” bak utføringen av handlingen. I aktiv dødshjelp er intensjonen pasientens død som en direkte effekt av en handling (sette inn en sprøyte). I behandlingsbegrensning er intensjonen at pasienten skal få lov å dø av sin grunnleggende sykdom.

3.3.2 Forskjellige livsavsluttende handlinger/beslutninger:

Sentralt i definisjonen av eutanasi begrepet under del 3.3.1 er at det legger vekt på selve ”handlingene” og ”intensjonen bak handlingene” som fører til at pasienten dør. Her må vi gå litt grundigere i hva disse handlingene innebærer og ha dette i bakgrunnen når vi diskuterer behandlingsbegrensning.

Dette skjema prøver å illustrere ulike handlinger:

Ulike typer handlinger/beslutninger	Aktiv dødshjelp	Behandlingsbegrensning
Unnlate å sette i gang behandling.		X
Avslutte en allerede igangsatt behandling		X

"Dobbelteffekt" i forbindelse med smertebehandling		X
Handling med "hensikt" å avslutte en persons liv	X	

Beslutningen "å unnlate å sette i gang behandling" skjer i de tilfeller der man vet at behandlingen ikke har noen effekt på den dødsprosessen som sykdommen allerede har innledet. Parallelt med dette gjelder også beslutningen om gjenopplivning av en terminal pasient med veldig dårlig prognose. I slike tilfeller avstår man altså fra en handling (å gjenopplive pasienten) som resulterer i at pasienten dør av sin grunnsykdom.

Det å avslutte en allerede igangsatt behandling er et annet aspekt ved behandlingsbegrensning som er veldig vanlig. I dette tilfelle utfører man en aktiv handling (for eksempel å kople fra respirator, tilbaketrekking av medisiner og intravenøs væske), ut fra de årsakene at behandlingen har ingen gunstig effekt. Pasienten kommer uansett til å dø selv om man fortsetter behandlingen.

"Dobbelteffekt" henspiller på at en handling har to konsekvenser, og dette sees i forbindelse med smertebehandling hos terminale pasienter. Smertebehandlingens formål er å lindre smerte, men samtidig kan overdosering av slike medisiner føre til en tidligere død. Her ser man at handlingen har to utfall. Handlingens egentlige "intensjon" er å hjelpe pasienten, men fører også til andre komplikasjoner på grunn av bivirkninger og overdosering av medisiner. Om smertestillende medikamenter må gis i så store doser at det er en reell fare for at pasienten kan dø, er dette ikke å betrakte som aktiv dødshjelp. Begrunnelsen er at aktiv dødshjelp er en handling som har som intensjon å avslutte liv. En smertestillende injeksjon gis med det formålet å lindre smerte, ikke å forkorte livet. Følgelig anses en slik handling ikke å være etisk uforsvarlig. Tvert imot, det er etisk uforsvarlig ikke å lindre smerte som man er i stand til å gjøre noe med (28).

Videre er intensjoner/motiver man handler ut i fra ikke alltid klare. Intensjonen bak utføringen av en bestemt handling kan ikke alltid måles, men må sees i forhold til handlingen man utfører. Dette er en diskusjonssak og "jeg kan ha motiver jeg ikke er meg bevisst, eller som jeg fortrenger" (6). Under aktiv dødshjelp er intensjonen at pasienten skal dø som følge av en bestemt handling (som å sette inn en sprøyte), i behandlingsbegrensning er intensjonen at pasienten skal få dø som følge av sin grunnsykdom.

3.3.3 En annen inndelingsmåte

En annen inndelingsmåte for eutanasi hentet fra en engelsk artikkel (2) tar ikke sikte på handlingen eller intensjonen, men på "hvem" som gir samtykke til handlingen. Som regel er dette pasienten selv. Denne inndeling omhandler:

a) *voluntary*-frivillig b) *nonvoluntary*-ikke frivillig og c) *involuntary*-drap

Voluntary eutanasi er den handlingen der en hjelper en kompetent pasient til å dø etter hans/hennes ønske.

Nonvoluntary eutanasi betyr å avslutte livet til en "inkompetent" pasient etter familiens ønske.

Involuntary eutanasi betyr å ta livet til en kompetent pasient som ikke ønsker å dø.

Alle disse tre kan plasseres inn under behandlingsbegrensning og aktiv dødshjelp. I mange artikler og litteraturer blir denne inndelingsmåten brukt og dette er grunnen til at jeg har valgt å ta den med her. I oppgaven har jeg fokusert på den vanligste inndelingen som er behandlingsbegrensning og aktiv dødshjelp.

Inndelingen etter ”hvem” som gir samtykke til utføring av eutanasi gir oss et nyansert bilde og viser hvor omstridt terminologien og dette temaet kan være. Når er det etisk riktig å avslutte en igangsatt behandling hos en terminal pasient som er komatøs? Hva med spørsmålet om å avslutte en behandling fordi pasientens familie ønsker det? Dette er viktige spørsmål som blir diskutert litt senere i oppgaven.

3.4 Norsk lovgivning

Straffeloven fra 2005 Kap. 25 ”voldlovsbrudd” § 277 ”Medvirkning til selvmord og til selvpåført betydelig skade på kropp eller helse” (4) sier at eutanasi og assistert selvmord er forbudt her i Norge: *Den som medvirker til at noen påfører seg selv betydelig skade på kropp eller helse, straffes med fengsel inntil 15 år, jf. § 274 annet ledd.*

En annen paragraf fra Straffeloven, § 278 ”Medlidenhetsdrap”, sier videre at en person kan få mildere straff dersom intensjonen for handlingen er av medlidenhet: *Dersom noen av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø, kan straffen settes under minstestrafen eller til en mildere straffart enn det som følger av § 275.*

Straffeloven sier altså ikke noe om behandlingsbegrensning. Her må vi gå inn i ”Pasientrettighetsloven” (5) fra 1999, kap.4, § 4.9 som sier at ”pasienter som er døende, med grunnlag i Pasientrettighetsloven kan stoppe livsforlengende behandling, dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.”

Dette betyr med andre ord at behandlingsbegrensning er tillatt i Norge og pasienter kan nekte livsforlengende behandlinger dersom slike behandlinger er nytteløse.

4. METODE

I forbindelse med utarbeidelse av oppgaven er det tatt i bruk ulike kilder:

- Original- og oversiktsartikler fra PUBMED.
- Internettsider.
- Litteraturer/bøker.

Alt dette er gjengitt på kildeliste.

Jeg har brukt PUBMED database og brukte advanced search for å finne de spesifikke artiklene:

Følgende søkeord er brukt som MESH termer:

1. passive euthanasia
2. protestantism
3. catholicism
4. islam
5. hinduism
6. buddhism
7. Norway
8. withholding treatment

Ved kombinasjon av disse får jeg:

9. Passive euthanasia AND protestantism, 23 artikler
10. Passive euthanasia AND catholicism, 288 artikler
11. Passive euthanasia AND islam, 10 artikler
12. Passive euthanasia AND hinduism 4 artikler
13. Passive euthanasia AND buddhism, 4 artikler
14. Norway AND withholding treatment, 58 artikler

Av disse ble 10 artikler valgt ut og brukt i oppgaven.

5. SAMMENDRAG AV LITTERATUREN (RESULTAT).

5.1 Den norske kirkes- og den romersk-katolske kirkes syn på behandlingsbegrensning:

Denne delen av oppgaven er delt inn i tre underavsnitt. Det første avsnittet tar for seg de grunnleggende kristne prinsippene når det gjelder synet på mennesket, synet på menneskets verd og synet på smerte og lidelse. Neste del blir et ekstra fokus på ulike problemstillinger knyttet til behandlingen av dødssyke pasienter, sett i lys av den kristne troen. Her blir behandlingsbegrensning sett i forhold til ulike handlinger som smertelindring, tilbaketrekking av behandling, fjerning av væske og næring hos terminale pasienter. I det siste avsnittet blir forskjellene mellom den norske kirke kontra den romersk-katolske kirke beskrevet og drøftet.

5.1.1 Kristne prinsipper

Når spørsmålet om eutanasi skal besvares fra et kristent perspektiv er det tre viktige prinsipper som er viktig å se på:

Prinsipp 1: Mennesket er skapt i Guds bilde (6): I 1. Mos 1, 26-30, i Det gamle testamentet ble historien om Adam som ble skapt i Guds bilde, den grunnleggende læren i kristendommen. Ordet "bilde" kan bli tolket metaforisk og forstått som at mennesket skal være en representant for Gud i skaperverket(6). Denne tanken setter mennesket i en spesiell posisjon sammenlignet med andre levende vesener. Mennesket er plassert i fire fundamentale relasjoner(6): til naturen, til den menneskelige felleskap/samfunn, til hvert enkelt menneske og til Gud. Relasjonen til Gud er viktig i kristendommen fordi den understreker menneskets verd. Mennesket mottar livet fra Gud, dette betyr at hvert enkelt menneske har et ansvar overfor Gud når det gjelder å ville ta sitt eget liv.

Prinsipp 2: Menneskelivet er hellig: dette er det andre hovedprinsippet i kristendommen som følge av det første prinsippet ovenfor. Menneskets verd er ikke overveid etter gode evner, ytre trekk eller gode egenskaper, men som en relasjon til Gud. Det nye testamentet forteller om Jesu frelsesverk der mennesket blir invitert til å oppnå frelse (6). Dette er ikke forbeholdt bestemte gruppe av menneskeheten, men er noe alle mennesker uansett rase, kjønn og klasse kan ta del i. Hvert enkelt menneske har et unikt verd som ikke kan innskrenkes av ytre forhold. Mennesket er forankret i Guds bilde og er hellig i den forstand.

Prinsipp 3: Gud bestemmer over liv og død: er det tredje prinsippet i kristendommen. "Kristne skal ikke med vilje dø, for Gud er den som bestemmer over døden" (Deut 32:39). I 1. Korinterbrevet 6: 19-20 sier Paulus at "en persons kropp er hellig". Det å ta livet av seg er, etter den kristne troen, en meget alvorlig synd.

Smerte og lidelse er en del av det å være menneske. Livet på jorden blir ansett i kristendommen å være en prøvetid for de kristne. Døden er en dør som åpner til det virkelige livet. Smerte og lidelse ble allerede beskrevet i Første Mosebok i Det gamle testamente da Adam og Eva spiste det forbudte eplet, og menneskeheten var dømt til et liv i lidelse, smerte og død (1 Mos 3.16). Dette var starten på det ufullkomme livet. Videre forteller Det gamle testamente historien til deres etterfølgere (Kain og Abel), det israelske folket med kjente navn som Abraham, Isak og Moses. Mennesket ble hele tiden utfordret, satt under uutholdelige vanskeligheter og prøvelser. Jobs bok er en kjent fortelling i Det gamle testamente som illustrerer dette: "Hvorfor gir han de lidende lys, hvorfor lar han de ulykkelige leve? Den venter forgjeves på døden og søker den med større iver enn en som graver etter skjulte

skatter. De vil glede seg over og juble, ja, fryde seg om de fant en grav. De er folk som ikke ser noen utvei, Gud har stengt hver sti for dem” (Job 3, 20-26)

Gud ble i kristendommen beskrevet som allmektig, rettferdig, barmhjertig og vil seire over døden. Det nye testamente forteller historien om Jesus, som har blitt menneske, med den hensikt å redde alle menneskene med Hans død på korset. Døden på korset og oppstandelse den tredje dagen er den ”fundamentale” grunnbjelken i kristendommen. I den kristne trosbekjennelsen heter det: *Jeg tror på Jesus Kristus, Guds enbårne Sønn, vår Herre, som ble unnfanget ved Den Hellige Ånd, født av jomfru Maria, pint under Pontius Pilatus, korsfestet, død og begravd, for ned til dødsriket, stod opp fra de døde tredje dag, fór opp til himmelen, sitter ved Guds, den allmektige Faders høyre hånd, skal derfra komme igjen for å dømme levende og døde* (7).

5.1.2 Kristne problemstillinger i forbindelse med behandling og pleie i livets slutfase.

Tanken om en barmhjertig Gud som hjelper mennesket er meget sentralt i kristendommen. Aktiv dødshjelp der man bevisst tar livet av et annet menneske selv om dette er medlidenhet blir i kristendommen sett på som svært umoralsk og feil (8). Pave Johannes Paul II sier i sin encyklika Evangelium vitae: *”i overensstemmelse med mine forgjengere i læreembetet og i enhet med den katolske kirkes biskoper stadfester jeg at eutanasi er et alvorlig brudd på Guds lov ettersom det dreier seg om en overlagt og moralsk uakseptabel avliving av et menneske”* (8).

Terminal pasient: den kristne definisjonen av en terminal pasient skiller seg litt fra den medisinske definisjonen. I Omsorg for livet (8) skriver forfatteren om den romersk-katolske kirke: *”Kirken bruker ikke medisinske kriterier for å definere døden, men kommer frem til samme konklusjon som den medisinske vitenskapen gjennom filosofisk og teologisk resonnement. Det innebærer at Kirken implisitt godtar det såkalte hjernedødskriteriet. Kirkens kompetanse er teologisk og filosofisk.”* (8).

Smertelindring: Kristendommen lærer de troende at smerte er en naturlig del av menneskelivet. I katolisismen blir smerte oppfattet som prøvelser der mennesker kan forenes med Jesus.

Paulus skrev: *”Nå gleder jeg meg over mine lidelser for dere, og det som ennå mangler i Kristi lidelser, utfyller jeg på min egen kropp; jeg lider for hans legeme, kirken”* (Kol 1,24). Den som lider kan ofre sitt ubehag for en annens skyld. De kan gjennom sine bønner be for andre mennesker. En katolsk pasient kan derfor velge å avstå fra smertestillende behandling dersom vedkommende ønsker å lide for andres synder.

På en annen side sier kirken at sterke smerter kan føre til svekkelse av livsmot, vanskeliggjøre bønnelivet, hindre god behandling og sykepleie i livets slutfase. I Pave Johannes Paul II, Evangelium vitae fra 1995 (8) § 73 lærer derfor kirken at: *”leger skal tilby effektiv smertelindring og gå ut ifra at den pasient som ikke selv kan gi sin tilslutning, ønsker dette. Sant nok kan behandling av døende pasienter med smertestillende midler i enkelte tilfeller forkorte deres liv. Denne risikoen kan aksepteres under forutsetning av at de foreskrevne dosene holder seg innenfor grensene av det som anses å være god medisinsk praksis og at hensikten med behandlingen ikke er noen annen enn smertelindring”* (8). Her kommer prinsippet om dobbelt effekt til uttrykk. Paven aksepterer at dersom intensjonen er å lindre pasientens smerte, er det forsvarlig å gi pasienten smertelindring selv om de foreskrevne dosene forkorter pasientens liv.

Ut i fra dette ser vi at kristendommen legger mye vekt på god palliativ behandling i livets terminale fase. Smertebehandlingen blir beskrevet veldig klart som å *"være et selvfølgelig innslag i den medisinske behandlingen, tilbys til alle som behøver det, innledes i god tid og fullføres frem til pasientens død. Ingen pasient som lider av en uhelbredelig sykdom, må noen gang anses å være medisinsk ferdigbehandlet"* (8)

Avbrytelse av intensiv medisinsk behandling: Dette er et annet aspekt ved behandlingsbegrensning som er verdt å se på. Den katolske lære sier at det må alltid skje en overveielse mellom den medisinske behandlingens nytte og de negative konsekvensene. Denne læren sier at en pasient er *"pliktig til å la seg behandle av en lege og legen skal tilby behandlingen dersom det gir god sjanse for at pasienten blir bedre. Derimot er legen ikke uten videre moralsk forpliktet til å starte eller å fortsette en behandling hvis den medisinske nytten er ubetydelig i forhold til andre besvær, eller hvis terapien bare forlenger dødsprosessen"* (8).

Her ser vi at katolisismen tillater (per denne uttalelsen og fra definisjonen vår 3.3) behandlingsbegrensning selv om disse ordene ikke blir direkte brukt. Dette skal skje under den forutsetningen at: a) den medisinske nytten er ubetydelig og b) terapien bare forlenger dødsprosessen. Beslutningen om eventuelt å avbryte en behandling som er nødvendig for å opprettholde livet, må skje i samråd med pasienten, eller med pårørende hvis man ikke får kontakt med pasienten og eventuelt med andre leger med spesialutdannelse.

Avbrytelse av væske og næring: Dette etiske dilemmaet er i våre dager et viktig emne for debatt, spesielt i USA, og er kjent som "artificial nutrition and hydration" eller ANH – "kunstig tilførsel av næring og væske" (9). Et viktig moment i denne diskusjonen er fjerning av væske og næring fra en bevisstløs pasient i vegetativ tilstand. Væske og næring er de mest grunnleggende behovene for et menneske, og skjer naturlig ved at mennesket spiser og drikker via munnen. Problemet hos en bevisstløs pasient i vegetativ tilstand er at vedkommende må ha tilførsel av næringen "kunstig"; enten via tube eller intravenøs. Dersom pasienten levde for 100 år siden, uten tilgang til medisinsk utstyr og vitenskap, ville pasienten ha dødd. Medisinsk teknologi har altså klart å holde han/henne i live mot naturens lover. Skal dette være akseptabelt?

Katolisismens holdning til dette spørsmålet kan illustreres godt med pave Johannes Paul II uttalelse i mars 2004 (9): *"I should like particularly to underline how the administration of water and food, even when provided by artificial means, always represent a natural means of preserving life, not a medical act. Its use, furthermore, should be considered. The obligation to provide the normal care due to the sick in such cases` include the use of nutrition and hydration. The evaluation of probabilities, founded on waning hopes for recovery when the vegetative state is prolonged beyond a year, cannot ethically justify for cessation or interruption of minimal care for the patient, including nutrition and hydration. Death by starvation or dehydration is, in fact the only possible outcome as a result of their withdrawal. In this sense it ends up becoming, if done knowingly and willingly, true and proper euthanasia by omission"*. Pavens uttalelse her sier klart at kirken er i mot det å fjerne væske og næring fra pasienten. Dette kan sammenlignes med eutanasi ved unnlatelse. Dette er interessant fordi det viser tydelig at den katolske kirken ikke ser på væske og ernæring som medisinsk behandling som kan seponeres, men som et universelt behov som ikke kan trekkes tilbake.

5.1.3 Likheter og forskjeller mellom den norske kirke og den romersk-katolske kirke:

Synet på aktiv dødshjelp og behandlingsbegrensning: Både den romersk-katolske kirke og den norske kirke er i mot aktiv dødshjelp. Begge tillater forøvrig behandlingsbegrensning. Pave Johannes Paul II har uttalt i sin encyklika *Evangelium vitae*: ”i overensstemmelse med mine forgjengere i læreembetet og i enhet med Den katolske kirkes biskoper stadfester jeg at eutanasi er et alvorlig brudd på Guds lov ettersom det dreier seg om en overlagt og moralsk uakseptabel avliving av et menneske.” (8). Eutanasi blir ansett som drap på mennesker og brutt på det sjette bud.

Synet på selvmord: I følge kristendommen er selvmord galt. Både katolikker og protestanter er enige om dette. Dette kan forstås i forhold til det vi har diskutert tidligere om de tre prinsippene om at mennesket er hellig og at Gud er den som bestemmer over liv og død.

I den romersk-katolske kirke blir selvmord ansett som en av de verste syndene i likhet med mord. En forklaring bak dette baserer seg på hva som ligger til grunn for spørsmålet knyttet til frelse i de to retningene. Den norske kirke baserer sin lære på Bibelen og dermed troen på Jesus alene som kan frelse menneske. Den romersk-katolske kirke baserer sin lære på flere instanser: Bibelen og kirken. For en katolikk er det viktig å tro på Jesus. Handlinger spiller også en viktig rolle for å oppnå frelse. Likevel er det viktig å påpeke at begge retningene legger vekt på troen på Jesus, og det er bare Han som kan gi frelse. Vi ser at retningene har synspunkter som er forskjellige. Den romersk-katolske kirke har blitt regnet som den mer konservative retningen innenfor kristendommen. Katolisismen er konservativ i spørsmålet om homofili, abort og prevensjon.

Grensen, hvor går den? Spørsmålet om hvor grensen for behandlingsbegrensning for disse to retningene er vanskelig å definere. Til dels fordi dette er en vurderingssak og fordi konkrete data for dette ikke finnes. Alt må man ta med i den helhetlige vurderingen av hele situasjonen, slik vi så under avsnittet for ”avbrytelse av intensiv medisinsk behandling”. Legen, etter den katolske læren, er forpliktet til å tilby behandling og pasienten til å la seg behandle. Dette skal vurderes med hensyn til nytten av behandlingen og de eventuelt negative konsekvensene denne medfører.

Synet på smertelindring kan være interessant å diskutere. Den romersk-katolske kirke har blitt omtalt som retningen innenfor kristendommen der lidelse og smerte kan bli ansett som positive elementer i mange troendes religiøse liv. For eksempel finnes det på Filippinene katolikker som lar seg korsfeste som Jesus ved påsketider. Dette er selvfølgelig ekstremt.

5.2 Islams syn

I denne delen av oppgaven skal vi se nærmere på Islams syn på behandlingsbegrensning. Her i Norge har man per 2004 rundt 120.000 personer med muslimsk bakgrunn (10). På landsbasis er muslimene fordelt på 82 menigheter. Den muslimske befolkningen består av innvandrere, flyktninger og asylsøkere fra den muslimske verden og deres etterkommere. Blant flyktningene er de største muslimske gruppene fra Iran, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Somalia og Irak (10).

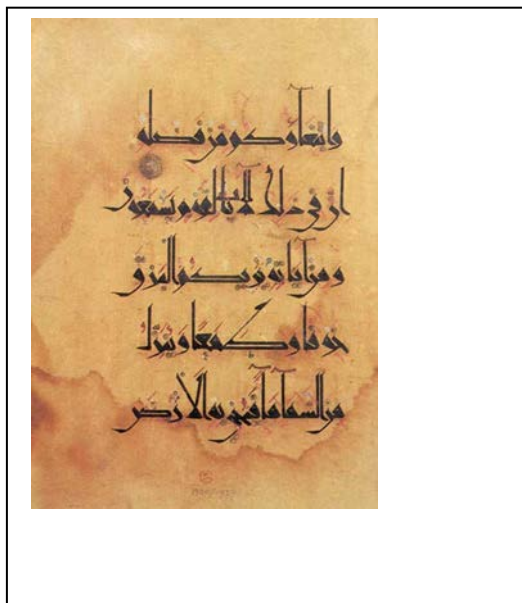
Før vi går nærmere på Islams syn på behandlingsbegrensning vil jeg i første omgang skrive generelt om de hellige skriftene og den islamske troslæren. Skriftene legger blant annet grunnlaget for muslimenes leveregler. De er også meget viktige i forhold til å forstå lover og straffesystem i de muslimske landene.

5.2.1 Generell om Islam

Ordet *Islam* betyr "underkastelse" (under en Gud) eller "hengivelse" (10). Islam er den yngste av verdensreligionene, og ble til på den arabiske halvøy på 600 tallet e.Kr. Religionen har til sammen 1, 2 milliard tilhengere i år 2000 (10). Islam lærer at Gud har meddelt menneskeheten en ellers utilgjengelig kunnskap, og Muhammad (den siste profeten) har mottatt Guds budskap direkte. Muhammads åpenbaringer er nedskrevet på arabisk i *Koranen*.

Qu`ran (Koranen) - den hellige boken: Koranen, som oftest kalles "al-kitab (arab. "skriften, boken") (11) blir regnet som islams hellige bok og inneholder åpenbaringene profeten Muhammad mottok fra og med år 610 frem til sin død i 632 e.Kr. Den hellige boken legger grunnlaget for islams troslære, etikk og rettslære (11). Koranen er skrevet på arabisk og inneholder til sammen 114 surer (kapitler). En sure er så delt inn i mindre deler, vers, og kalles "ayat" (arab. "tegn, mirakel"). I følge muslimske teologer inneholder den hellige boken Guds egen tale til menneskeheten. Engelen Gabriel blir regnet som åpenbaringsformidler for profeten Muhammad. Teologene understreker at Koranen er identisk med en himmelsk bok som fra evighet befinner seg hos Gud: "Ja, dette er en kostelig Koran som finnes på en vel forvart (himmelsk) tavle" (sure 85, 21-22) og "Vi gjorde den til en Koran på arabisk ... Se, den finnes i skriftens opphav, hos Oss den er opphøyet, vis" (sure 43, 1-3)

Koranen. En side i et persisk koran-håndskrift fra 900-tallet, Sure 30, 22–23. Victoria and Albert Museum, London (10)



Sharia, den religiøse loven: I Koranen står i tillegg til budskapet om Gud også regler for hvordan mennesket skal leve: dette er grunnlaget for *Sharia*, den religiøse loven. Islam blir omtalt som en "lovreligion" (10), de ortodokse lovskolene ser på Sharia som en del av åpenbaringen som verken kan endres eller oppheves. Den religiøse loven er viktig fordi den legger grunnlaget for loven i muslimske land og blir tolket av de rettslærde.

Hadith: Trosgrunnlaget, de rituelle pliktene og reglene for det sosiale er fastlagt i Koranen og i tradisjonen. Alt dette blir nedtegnet i "*Hadith-litteraturen*". Dette er skrifter som inneholder normative beretninger om profeten Muhammad og hans nærmeste. I tillegg til budskapet om én Gud, skaperverket, rituelle og etiske forpliktelser, gir både Koranen og Hadith samlingene påbud og forbud med store sosiale konsekvenser, med hensyn til loven om ekteskap, arv og

strafferettsregler.

Synet på Gud. Trosbekjennelsen ”Shahada” som blir visket inn i ørene til et nyfødt barn av muslimske foreldre starter med: *”Det er ingen Gud uten Allah, og Muhammad er hans profet”*. Denne setningen understreker to gunnleggende trossannheter ved Islam: a) læren om én Gud og b) profetlæren.

En streng monoteisme preger religionen; Gud er én, i sure 112 heter det: *”ikke har Han avlet og ikke er Han født og ikke er noen Ham jevnbyrdig”*. Koranens gudsbilde understreker både Guds allmakt og kjærlighet. Tegnet på Guds kjærlighet er å gripe inn i historien ved å tale til menneskeheten gjennom sine profeter.

Profetlæren i islam bygger på en jødisk/kristen arv. I følge Koranen gav Noa, Abraham og Moses Guds budskap til jødene. Jesus blir i islam sett på som en stor profet, som grunnla det kristne fellesskapet. Nedtegnelsen om profetens liv er tallrike, og både i Koranen og i tradisjonen går det klart frem at Muhammad er et menneske og all dyrkelse av religionsstifteren avvises.

5.2.2 Livets siste fase – et islams syn:

Spørsmålet i forhold til å ta liv: I følge islam er menneskelivet hellig: AllahSubhanaho wa Ta`ala sier *”hvis noen dreper en person så er det samme som å drepe hele folket. Og hvis noen redder en person, så er det samme som å redde hele folket”* (Koran 5:32). Muslimer tror med andre ord at det er Gud, Allah som har skapt livet. Derfor er Han også den som eier livet. *”ikke drep eller ødelegg deg selv, for Allah er mot deg barmhjertig”* (Koran 4:29). Denne setningen hentet fra Koranen sier klart at liv ikke kan ende uten Allahs vilje.

Muslimene ser på sykdom som en prøve fra gud og ikke som en straff. Til tross for at dette er en prøve, blir muslimene utfordret til å søke etter behandling. Døden i islam blir oppfattet som en sannhet, en naturlig prosess som alle må gjennom. Ingen kan ta sitt eget liv eller andres liv. Selvmord og drap i islam vil derfor være straffbart, pga *”hans eller hennes ulydighet ovenfor Gud og for å forakte hans nåde”* (12). Profeten Mohammad skriver i en av sine Sunnah: *Den som dreper seg selv med et jerninstrument vil for alltid bære det. Den som hopper fra et fjell og dreper seg vil alltid falle ned i dypet av helvete.*

Eutanasi: Islam og den islamske loven forbyr eutanasi – enten om den er behandlingsbegrensning eller aktiv dødshjelp (12). I islam er det ikke noe som heter medlidenhetsdrap, både eutanasi og assistert selvmord er forbudt. Den som hjelper med å utføre slike handlinger blir dømt i følge islamsk lov. Dette er støttet fra Koranen og Sunnah som vi så fra forrige avsnitt.

Likevel viser erfaring at dette ikke alltid er gjeldende. Spørsmålet om å unnlate behandling eller å trekke tilbake igangsatt behandling blir raskt omdiskutert når det er snakk om terminale pasienter med svært dårlig prognose.

Synet på å avslutte livsgivende behandling i følge loven: I artikkelen *“Legal issues in end-of-life care: Perspectives from Saudi Arabia and Unites States”* (12) bruker forfatteren eksempel med *“do not resuscitate”* eller *”ikke gjenopplivning”*-skilt på terminale pasienter som ikke ønsker gjenopplivning.

Å ikke gjenopplive en pasient (do not resuscitate) er akseptabelt i følge den islamske loven, Fatwa #12086 (12) utgitt av *”The Saudi Committee for Fatwa & Islamic Affairs”* 1989.

Denne loven gjelder i Saudi Arabia og sier at man kan skru av livreddende maskiner dersom tre faglige klinikere er enige om at pasienten er i en terminal fase (12). I en slik situasjon er familiens mening ikke inkludert i avgjørelsen og de blir regnet som ukvalifiserte til å ta en slik beslutning. Dette er situasjonen i Saudi Arabia. Hvordan er omstendigheten i Europa?

I følge Islamic European Council for Fatwa and Research (ECFR) er det lov å fjerne livgivende støtte fra en klinisk død person, altså en som er i vegetativ tilstand. Under en konferanse i Stockholm den 16 juli 2003, uttalte ECFR om livgivende støtte til en klinisk død pasient: *“These machines help patients breathe and activate their blood cycle, but if they are already clinically dead and have lost all their senses due to brain damage, it makes no sense to keep these machines running, because they cost the hospital a lot of money and might be direly needed by other patients”* (13). Intensjonen til legen spiller også en rolle i den islamske loven. Det er avhengig om intensjonen er å drepe eller å lindre smerte hos pasienten. Den islamske legen skal prøve så godt han kan å behandle menneskelivet.

Synet på å avslutte livgivende behandling i følge islams lære: Ovenfor har vi snakket om loven i de muslimske landene, deriblant Saudi Arabia. Dette må skilles fra *islamsk lære*. I følge ulike islamske skoler er det forskjellige syn når det gjelder å ikke starte med gjenopplivning hos terminale pasienter. Noen tror at alt må bli gjort for pasienten, andre er mer liberale og tror at dette er unødvendig dersom man vet at pasienten kommer uansett til å dø (Darr K. Cultural, ethnic and religious diversity in service delivery. Hospital top. 2002;80:29-33). Her er det derfor store uenigheter i de ulike retningene innenfor Islam.

Pasientens rett til å nekte behandling: Islams lover sier også at en pasient har rett til å diskutere sin tilstand, og å nekte eller akseptere behandling in situasjoner hvor sykdommen ikke er kurabel. Ellers må han eller hun søke behandling i følge Koranen og Sunnah (Al-Shahri MZ, Al-Khenaizan A. Palliative care for Muslim patients. J support Oncol. 2005; 3 432-436) (12)

5.3 Hinduismens syn:

Hinduismen blir regnet som en av de eldste verdensreligionene og betegner de mange ulike religionsformene som har oppstått på det indiske subkontinent(14). Religionen har ingen begynnelse som kan feste til tid og sted. Den har heller ingen stifter, trosartikler eller fast organisert lederskap (14). Likevel deler de fleste hinduer et felles syn på viktige områder. Hinduene tar også i bruk vedatekstene, som er de eldste hellige tekstene i hinduismen.

I 2004 ble det anslagsvis 800 millioner mennesker i verden med hinduismen som trosretning. Den største utbredelsen finner vi på det indiske subkontinent. Religionen er dominerende i India (80%) og i Nepal (87%) (14).

5.3.1 Generelt om hinduismen:

Dharma og kastesystemet: Hinduene refererer deres religion som ”*sanatanadharma*”, den evige religionen eller loven (16). Kastesystemet er meget sentralt i hinduismen. Hinduene tror at de er født inn en spesiell kaste, ”*varna*”. Det er fire kaster i hinduismen og disse betegner som:

- *Brahmin* (prest)
- *Kshatriyas* (krigere og konger)
- *Vaishyas* (handelsfolk)

- *Sudras (arbeidere)*

Hver av disse kastene har dens egen ”*dharma*”. Dharma sier noe om de sosiale og etiske pliktene på hver av de enkelte kastene. Et eksempel på dette kan være en krigers plikt til å beskytte sitt land. På en annen side vil han også kunne drepe andre i en kamp. Dharma er i tillegg også viktig for utføring av moralske handlinger og definerer familierollen for en hindu.

En god handling i hinduismen er en handling som bidrar til å opprettholde det ordnede samfunn, og hvor hvert individ har sin egen plass (14). Tanken om dharma er nedskrevet i skriftet ”*Bhagavadgita*” (Herrens sang), og sier at Gud vil gripe inn i verden dersom det ordnede systemet er truet. Dette sier med andre ord at et menneske som er født i en bestemt kaste innenfor hinduismen må utføre sin plikt i overenstemmelse med sin stilling i samfunnet. Knyttet til dharma er tanken om karma.

Karma: Karma innenfor hinduismen blir forstått som en kausal lov der handlinger (gode og dårlige) vil ha konsekvenser for det neste liv (16). Hinduene tror at god karma fører til en god gjenfødelse og motsatt. Den som i sitt tidligere liv har utført dårlige handlinger vil ha dårlig karma. Dette må vedkommende betale for i sitt neste liv i form av ulykker, tidlig død, sykdommer og infertilitet.

5.3.2 Grunnleggende troslære i hinduismen:

Troen på liv og død: Tidligere har vi vært innom kristendommens og islams troslære der døden blir ansett som slutten på et menneskeliv. Sjelen vil forlate kroppen, og avhengig av hvordan man har levd tidligere, kommer man enten til himmelen eller til helvete. Livet er lineært, og starter med fødselen og slutter med døden.

Hinduismen på en annen side, betrakter livet som et livshjul. Hinduene tror på karma, reinkarnasjon og frigjøring av sjelen (17). I hinduismen tror man at kroppen inneholder to komponenter; a) den fysiske kroppen og b) *atman* (sjelen). *Atman* refererer til tanker, vital energi, intellektuell og sansninger. *Atman* skiller seg derfor fra kroppen. Når en hindu dør tror man at *atman* forlater den fysiske kroppen og kommer til en annen del av eksistensen. Dette kaller for *loka* (17) og er rangert i flere graderinger. Man kommer inn i en høyere loka eller havner i en lavere loka basert på karma fra sitt tidligere liv. Målet for alle hinduer er å oppnå den høyeste loka. Dersom man ikke lykkes med dette, kan man bli gjenfødt. Dette er reinkarnasjon. Tanken bak reinkarnasjon kommer fra *upanishads* (17), hvor sjelen er definert som den ultimate Brahman. Reinkarnasjon gir mennesket mulighet til å oppnå *moksha* (den evige frigjøringen) (17), hvor man kommer ut av den evige sirkelen. Mennesket slipper gjenfødelse og død.

Hva er en god og en dårlig død? En god død skjer når vedkommende er gammel, man dør på riktig sted (helst i hjemmet, eller ved den hellig Ganges) og til riktig tid (16). I India finner man for eksempel hellig vann fra Ganges som gis til de dødssyke eller plasseres på leppen til et lik (16).

En god død er videre definert som at alle konflikter er løst, man gir tilbake alt det man har lånt og har sagt farvel til sine nærmeste. Et religiøst ritual blir gjennomført for å vise sjelen veien til hvilestedet. I hinduismen hviler dette ansvaret på sønnen i familien. Dersom dette ikke blir gjort kan det føre til en dårlig død fordi sjelen ikke klarer å finne veien til hvile. Sjelen kan forårsake mareritt, sykdommer og infertilitet for de andre i familien.

En dårlig død er voldelig, prematur og ukontrollert. Vedkommende dør på feil sted til feil tid (16). Den verste døden er ansett som selvmord av egoistiske årsaker (16).

Prayopavesa: Spørsmålet om selvmord blir i hinduismen regnet som en grusom handling. På en annen side er *prayopavesa* (15), død som følge av fasting, tillatt. Denne religiøse handlingen er blitt oppmuntret i hinduismen. Målet er at menneske kan oppnå frelse ved hjelp av den. Den som ønsker å utføre prayopavesa må oppfylle tre følgende kriterier(15):

- 1) manglende evne til å foreta en normal rensing av kroppen
- 2) døden vil uansett inntreffe
- 3) handlingen er utført under sosial regulering.

Den som utfører denne handlingen må i tillegg publisere dette slik at alle skal få vite om det. Dette må gjøres for å skille denne handlingen fra selvmord. Handlingen blir ansett som en god død fordi vedkommende har tid til å ta farvel med sine kjære, tid til å meditere og komme nærmere Gud. Denne handlingen må derfor skilles fra selvmord.

5.3.3 Hinduismens syn på behandlingsbegrensning:

Prayopavesa, assistert selvmord eller selvmord?: frivillig død ved langvarig fasting er anerkjent i hinduismen. En terminal pasient kan på bakgrunn av dette nekte å motta behandling, væske og næring. Spørsmålet om prayopavesa i hinduismen er knyttet til at pasienten kan gi samtykke for de handlingene vedkommende tar. Målet med en slik handling er å oppnå frelse og komme nærmere Gud. Hinduismen legger stor vekt på om pasienten er samtykkekompetent i spørsmålet om dødshjelp. (Denne definisjonen av dødshjelp er en annen inndelingsmåte slik det er beskrevet under 3.3.3).

Samtykkespørsmålet er altså viktig med tanke på å skille mellom frivillig død til en åndelig person, og døden til en som ønsker det fordi vedkommende lider av store smerter. Det sistnevnte kan bli oppfattet som selvmord. Vi legger merke til at intensjonen bak handlingene er annerledes. På den ene side er intensjonen åndelig frelse, på den andre siden ønsker pasienten å dø som følge av sterke smerter. Utfordringen blir når pasienten er komatøs og ikke er samtykkekompetent for den medisinske behandlingen som vedkommende får.

Trekke tilbake igangsatt behandling: Når det gjelder å trekke tilbake medisiner hos terminale pasienter har hinduismen ulike syn på det. Noen autoriteter mener at det er bare Gud som kan ta liv (16). I gamle India, i ayurveda (som er det holistiske systemet av medisin og helse) sier at når døden inntreffer kan klinikere avslutte behandlingen. *"A terminal patient should not be given medication, but if the relatives of a dying patient insist, the physician may allow some nutrition to sustain the body. If it appears that a patient is near death, the physician is advised not to respond even to a messenger coming to fetch him"* (17).

Spørsmålet om å starte en behandling eller å trekke tilbake igangsatt behandling hos terminale pasienter besvares som vi ser noe strengere i hinduismen enn kristendommen og islam. Vel å merke er det viktig å legge merke til at dette gjelder for det troende India. Hvor mange klinikere som faktisk følger dette er vanskelig å si.

Hinduismens holdninger til behandlingsbegrensning: hinduismens troslære om døden, sjelen og reinkarnasjon er med på å forklare hvilke holdninger hinduene har til spørsmålet om

eutanasi. Fra litteraturen og enkeltartikler har forfatterne diskutert spørsmålet om dødshjelp, med vekt på om pasienten er kompetent når vedkommende foretar en slik handling. Dette ser vi spesielt i selvbestemt død på bakgrunn av åndelig renselse. Denne handlingen blir definert som å være en god død i hinduismen og skiller seg fra en dårlig død, eksempel selvmord.

Videre legges det også stor vekt på hvilke handlinger som gir god og dårlig karma. Knyttet mot dette legger hinduene også vekt på intensjonen. Dette er ganske interessant, som vi har sett tidligere. Dersom en pasient i terminal fase nekter tilførsel av mat og væske på bakgrunn av åndelig frigjøring kan vedkommende få lov. Dette er faktisk bra og anerkjent i hinduismen! I motsetning til dette vil det være galt av en terminal pasient, som ønsker å dø på bakgrunn av smerten som sykdommen fører med seg. Pasientens intensjon bak døden er altså ganske viktig og avgjørende i forhold til spørsmålet om det er en god eller dårlig død i følge hinduismen.

Legens intensjon i forhold til behandlingsbegrensning i hinduismen er lite vektlagt og litteraturen omtaler lite om dette.

5.4 Buddhismens syn:

I denne delen av oppgaven blir synet på behandlingsbegrensning i buddhismen satt fokus på. Den grunnleggende troslære ved buddhismen blir beskrevet først. I den andre delen skal vi se på hvilke syn buddhismen har i spørsmålet om passiv dødshjelp.

Buddhismen blir regnet som en av verdensreligionene sammen med kristendom, islam, jødedom og hinduismen. Religionen ble stiftet av Buddha på 500 tallet f. Kr i Nord-India (18). I år 2000 finnes det ca 362 millioner buddhister i verden (18). Religionen er utbredt spesielt i Sørøst-Asia, Tibet og Himalaya.

5.4.1 Buddhismens troslære

De fire edle sannheter og nirvana: Buddha og hans lære står sentralt i buddhismen. Det er blitt fortalt at Buddha oppnådde "nirvana" (oppvåkningen) med erkjennelse av de fire edle sannheter. Nirvana er det endelige målet for alle i buddhismen. De fire sannhetene som Buddha erkjente er (18):

1. sannheten om lidelsen: alt er lidelse, alt er forfengelig, alt er uten evigvarende vesen.
2. sannheten om lidelsens opprinnelse, som er "tørst" etter sansegleder, eksistens, eller tilintetgjørelse.
3. sannheten om lidelsens opphør: den opphører når "tørsten" slukkes og uvitenheten (først og fremst i form av forestillingen om et evig bestående "jeg") forsvinner.
4. sannheten om veien til lidelsens opphør, som skjer ved at en følger den åttefoldige vei.

Den åttefoldige veien: blir i buddhismen regnet som en veiledning på hvordan buddhistene skal leve for å oppnå oppvåkning slik Buddha har klart. Den åttefoldige veien innebærer:

1. riktig tale
2. riktig handling
3. riktig levevis
4. riktig streben
5. riktig aktpågivenhet
6. riktig konsentrasjon

7. riktig anskuelse
8. riktig tenkning

Læren om karma i buddhismen: I buddhismen tror man i likhet med hinduismen også på karma. Buddhistene tror at alle moralske handlinger har både en transitiv og intransitiv effekt (19). Den transitive effekten blir sett i forhold til hvordan våre valg/handlinger kan påvirke andre, mens den intransitive effekten beskriver de forandringene som skjer i personen som utfører handlingen (19). Troen på karma og en persons moral status (når vedkommende dør) er avgjørende på hvordan det neste livet til personen blir.

I buddhismen blir ikke en moralsk status bestemt eller dømt etter dens konsekvenser, men det blir bestemt av intensjonen og den moralske loven (Dharma) (19). Intensjonen i buddhismen spiller en sentral rolle. Intensjonen til en person som utfører aktiv dødshjelp blir sett som noe galt fordi det skader et annet menneske. Bak dette ligger det altså onde tanker som styrer handlingen og dermed påvirker negativt personen som utfører dette. Dette er noe av de fire edle sannheter Buddha erkjenner.

5.4.2 Buddhismens syn på behandlingsbegrensning:

Eutanasi: aktiv dødshjelp og assistert selvmord er forbudt i buddhismen (19). Dette kommer fram i den åttefoldige veiens andre pkt. ”riktig handling” og forbyr dermed all form for drap. I buddhismen kan aktiv dødshjelp og assistert selvmord bli straffet med livslang ekskommunisering (19).

Synet på behandlingsbegrensning: i følge en artikkel skrevet av Pitak Chaicharoen, utgitt i Eubios Journal of Asian and International Bioethics 8 i 1998 (20), er buddhismen forsiktig i bruken av ordet behandlingsbegrensning.

Noen mener tror det er en reell moralsk forskjell på å la pasienten dø, ”letting die”, og det å ta livet av pasienten (selv om dette er gjort på pga medlidenhet). For dem vil det å la en pasient dø ikke krenke deres bud og er regnet som å være en altruistisk handling for de som er involvert.

Som sagt tidligere er intensjonen bak en handling viktig i buddhismen (del 5.5.1). I tillegg til dette er også andre faktorer viktige. Intensjonen må sees i forhold til pasienten eller pasientens familie. Pasientens familie kan f. eks la pasienten dø fordi de ønsker å arve hans/hennes formue. På grunn av slike intensjoner er buddhismen ganske forsiktig i forbindelse med spørsmålet om behandlingsbegrensning, selv om dette er tillatt. Mange faktorer påvirker avgjørelsen om å trekke tilbake igangsatt behandling og må diskuteres separat fra saker til saker.

Et interessant synspunkt som blir tatt opp i artikkelen er valget mellom to onde handlinger (20). I vårt tilfelle vil det ene være å la pasienten dø en naturlig død (behandlingsbegrensning), eller det andre valget å hjelpe pasienten til å dø (aktiv dødshjelp eller assistert selvmord). Sett i buddhistisk lære blir mennesket oppmuntret til ”å møte problemene selv”, ikke være relatert til andre for hjelp.

Det å velge mellom to onde handlinger krever:

- a) visdom (*panna*)
- b) innsikt fra en regulert tanke (*samadhi*)

- c) riktig forståelse (*sammadhitki*) av naturens virkelige eksistens.
- d) forgjengelighet (*anicca*)
- e) lidelse (*dukkha*)

Ved hjelp av samadhi og sammadhitki kan en person ta en realistisk evaluering av en gitt situasjon og handle uselvvisk.

6: DISKUSJON

I Norge er aktiv dødshjelp og assistert selvmord forbudt etter Straffeloven (4), mens behandlingsbegrensning er tillatt (5). Problemet med dette er uklarheter omkring terminologien og definisjonen av dette ordet. I tillegg til dette gir loven i Norge relativt få og uklare føringer på slike beslutninger om behandlingsunntakelse (21). Hvordan skal helsepersonell håndtere slike tilfeller? Hva kan klinikere gjøre for å skape tillit og bedre beslutningsprosessen i slike tilfeller?

Gjennom hele oppgaven har vi sett på de ulike religionenes syn på behandlingsbegrensning. I denne delen ønsker jeg å bruke religionenes syn til å diskutere de problemstillingene som begrensning av livsforlengende medisinsk behandling illustrerer. Diskusjonen vil kretse rundt de ulike handlingene som omfatter fellesbegrepet behandlingsbegrensning:

- 1) Igangsette en behandling.
- 2) Avslutte en igangsatt behandling.
- 3) Fjerning av ernæring- og væsketilførsel
- 4) Smertebehandling.

Intensjonen bak utføringen av handlingene, samt spørsmålet omkring hvem som gir konsens/samtykke (del 3.3.3) blir også diskutert. Til slutt blir det et ekstra fokus på hvilke typer tilnærminger vi kan ha for en slik problemstilling, basert på "Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" (25) utgitt av helsedirektoratet i 2009.

Dette avsnittet prøver å oppsummere de viktigste synspunktene til ulike religioner:

- Kristendom og islam er monoteistiske religioner og deler mange likheter i spørsmålet om menneskesynet og lidelse. Mennesket blir regnet som Guds stedfortreder på jorda. Dette gjør at mennesket er unikt. Kristendommens troslære sier at mennesket er skapt i Guds bilde og at mennesket derfor er hellig.
- I hinduismen blir spørsmålet om frelse sett i forhold til dharma og karma. Hinduismen legger stor vekt på hva en god handling skal være. Dette er viktig i spørsmålet knyttet til døden, for eksempel er selvmord en dårlig handling i hinduismen. Selvmord gir dårlig karma og kan påvirke neste liv i form av sykdom, ulykke og infertilitet.
- Buddhismens troslære hviler på Buddhas lære med de fire edle sannheter og den åttefoldige veien. Målet for alle buddhister er å oppnå nirvana. Innenfor den åttefoldige veien er et av budene riktig handling. Riktig handling innebærer blant annet å ikke ta liv, heller ikke ens eget.

Ved første øyekast ser vi at kristendom, islam, hinduisme og buddhisme deler et felles syn som forbyr aktiv dødshjelp og assistert selvmord. Når det gjelder behandlingsbegrensning må vi gå litt grundigere til verks.

Igangsette en behandling: Man kan diskutere om det er et juridisk eller etisk skille mellom det å ikke starte opp en behandling og det å avslutte en påbegynt behandling. Juristene har kommet fram til at behandlingsunnløstelse er akseptert enten det betyr å la være å sette i gang behandlingen eller avbrytelse av en slik behandling (21). I tråd med dette mener mange filosofer og fagetikere at det heller ikke er noen moralsk forskjell på de to handlingstypene (21). Helsearbeidere, på den andre siden, opplever det å avslutte en livsforlengende behandling ofte som vanskeligere enn det å ikke starte en slik behandling (21).

Avslutte en igangsatt behandling: Knytter vi avslutning av en igangsatt behandling til de ulike religionene:

- Kristendommen sier at klinikere kan stoppe tilførsel av væske og næring til terminale pasienter dersom a) den medisinske nytten er ubetydelig og b) terapien bare forlenger dødsprosessen (8). Kristendommen sier imidlertid lite om det å starte opp behandlingen hos terminale pasienter.
- I islamske Saudi Arabia har man, ”ikke gjenopplivning”- skilter hos terminale pasienter på sykehusene. Dette skal være tillatt ifølge islamsk lov, Fatwa#12086. Videre tillater Islamic European Council for Fatwa and Research (ECFR) å stoppe livsforlengende behandling dersom pasienten er klinisk død (13).
- Hinduismen har delte meninger når det gjelder å stoppe livsforlengende behandling. Noen hinduister mener at det bare er Gud som kan ta liv, mens i det gamle India tillot hinduismen at legen avsluttet behandlingen hos terminale pasienter.
- Buddhismen tillater også livsavsluttende handlinger, men uttaler seg forsiktig i slike beslutninger. Buddhismen baserer seg på at familiens og legens intensjoner ikke alltid er til pasientens beste, derfor må slike spørsmål behandles med stor forsiktighet.

Alle de fire religionene tillater avslutning av en igangsatt behandling hos en terminal pasient. Buddhismen tillater avslutning av en igangsatt behandling, men er forsiktig i slike beslutninger. Buddhismens syn gir oss et nyansert bilde, som legger vekt på familiens- og legens intensjoner når en slik avgjørelse blir besluttet.

Fjerning av ernærings- og væsketilførsel: I beslutningen om å avslutte livsforlengende behandling innebar en av handlingene at legene stoppet tilførsel av væske og næring. Væske og næring er de mest grunnleggende behovene for at et menneske skal overleve. En beslutning om å ta vekk dette, er svært utfordrende juridisk, etisk og psykologisk sett.

- Katolisismen er i mot dette og paven har uttalt ganske tydelig at dette kan sammenlignes ”med eutanasi ved unnløstelse” (8).
- Islamsk og buddhismens lære sier lite om handlinger der man stopper tilførsel av væske og næring.
- Hinduismen har et interessant syn på fjerning av væske og ernæring hos terminale pasienter. Hinduismen mener at en person kan dø frivillig ved langvarig fasting dersom han/hun ønsker å oppnå åndelig kontakt, altså *prayopavesa*. Dersom man analyserer dette litt nærmere, kan en slik handling bli oppfattet som assistert selvmord eller selvmord. Hos en som ønsker assistert selvmord er *intensjonen* lindring av smerter, mens en pasient som utøver *prayopavesa* ønsker å oppnå åndelig kontakt med sin død. Intensjonen hos en som utøver *prayopavesa* er altså annerledes.

Spørsmålet om samtykke og pasientens intensjon er veldig viktig. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, for eksempel at han/hun er komatøs, vil beslutningen om livsavsluttende

behandling være enda vanskeligere.

Smertebehandling: Et annet problem i forbindelse med behandling av terminale pasienter er bruk av smertestillende medikamenter og overdosering av slike stoffer. En norsk studie fra 1993 viser at 1 av 3 norske leger har fortsatt med behandling som de mener er unødvendig (22).

Smertebehandling hos terminale pasienter utgjør et vanskelig dilemma. Smertebehandlingen blir sett på som en handling med to konsekvenser. Den egentlige intensjonen er å lindre pasientens smerter, likevel gir overdosering av slike medikamenter mange bivirkninger og kan føre til tidlig død.

Smertebehandling hos terminale pasienter blir diskutert i de ulike kristne retningene. Pave Johannes Paul II sier at *"leger skal tilby effektiv smertelindring (...) risikoen for å forkorte pasientenes liv kan aksepteres under den forutsetning at de foreskrevne dosene holder seg innenfor grensene av det som er god medisinsk praksis og hensikten med behandlingen ikke er noen annen enn smertelindring"* (8). Dersom legens intensjon er smertelindring, så er dette en forsvarlig handling som kan aksepteres. Dersom intensjonen er at pasienten skal dø blir dette regnet som aktiv dødshjelp og legen risikerer å bli dømt etter Straffeloven. Islam, hinduisme og buddhisme sier lite om smertebehandlingen hos terminale pasienter.

Samtykkeproblematikken: To viktige punkter (og som vi har vært innom tidligere) i forhold til passiv dødshjelp er:

- a) spørsmålet om pasientens konsensus
- og
- b) intensjonen bak behandlingsunntakelse.

I Norge sier Pasientrettighetsloven § 4-9 (5) annet ledd: *"En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres"*. Loven sier altså at dersom en pasient er komatøs, da kan pasientens nærmeste gi samtykke for behandlingsønske i samarbeid med pasientens lege.

Kristendom og islam sier at pasienter kan nekte behandling dersom behandlingen er unødvendig. I Saudi Arabia sier loven Fatwa #12086 at: dersom tre fagfolk er enige om at dette er en terminal pasient der medisinsk behandling ikke hjelper, da kan man stoppe livsforlengende behandling (12). Familien er ukvalifisert, og skal ikke være med i beslutningen (12). Ut fra dette kan vi si at legen i kasuset vårt handlet riktig.

I hinduismen kan pasienter nekte væske og næringstilførsel dersom vedkommende ønsker en åndelig død. Buddhismen er også enig i at pasienter skal ha rett til å uttale seg, det er imidlertid lite diskusjon om pasienter som ligger i koma.

Intensjonsproblematikken: Under oppgavens del 3.3.2 har vi påpekt at det som skiller behandlingsbegrensning og aktiv dødshjelp fra hverandre er *"intensjonen"*. Den norske loven (4), legger stor vekt på intensjonen til behandleren (altså legen). Intensjonen til pasienten og de pårørende tas ikke med i betraktningen. Tidligere har vi vært innom at intensjon er en diskusjonssak og vi kan ha intensjoner vi selv ikke er bevisst på (3.3.2).

Pave Johannes Paul II har uttalt om smertelindring at legens intensjoner kan måle om den medisinske dosen er innenfor god medisinsk praksis (8). Hva betyr så ”god medisinsk praksis”? Hvordan skal vi måle dette? Dette er ikke lett å svare konkret på.

Islam og hinduisme sier ingenting om legens intensjoner i forbindelse med livsavsluttende behandling.

Buddhismen er den religionen som sterkest har vektlagt intensjonen i beslutninger om livsavsluttende behandlinger. Buddhister mener at slike beslutninger må bli behandlet med stor forsiktighet. Dersom familiens intensjon er arv etter pasientens død, er dette feil grunnlag for å stoppe behandlingen.

Ulike typer tilnærminger for beslutninger av livsforlengende/livs avsluttende handlinger:

En norsk undersøkelse fra 1997 viser at 76 % av norske leger har gitt pasienter behandlinger som de selv mener er unødvendige (22). Dette er et ganske høyt tall. En annen studie fra 2000 (23) med 1616 norske leger viser at 40,1 % til 53,5 % vil stoppe behandlingen av terminale pasienter dersom pasienten eller familien ønsker dette. Behandlingsunntakelse bør derfor gis større oppmerksomhet siden de fleste klinikere vil støte på terminale pasienter en eller annen gang i sin legepraksis.

I oktober 2009 (25) ble ”Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende” utarbeidet, som en retningslinje og hjelp for helsepersonell i vanskelige saker. Veiledningen tar opp de viktigste spørsmålene i forhold til loven og etiske aspekter. Jeg vil i de neste avsnittene gå inn på 4 viktige aspekter i en slik beslutningsprosess:

- a) Det medisinske grunnlaget bak livsforlengende beslutninger.
- b) Forhåndsønsker hos pasienter som mangler samtykkekompetanse.
- c) Pasientens medbestemmelse og kommunikasjon med pasienten/pårørende.

Det medisinske grunnlaget bak livsforlengende beslutninger: I følge Den nasjonale veiledningen (25) sies det klart at: ”en beslutning om å gi eller begrense livsforlengende behandling skal hvile på en sikrest mulig vurdering av det medisinske grunnlaget, diagnostisk og prognostisk. Der det medisinske grunnlaget er mer usikkert eller ikke gir klare føringer for hva som er faglig forsvarlig, vil andre vurderinger, ikke minst verdivurderinger, få en større rolle” (25). Som regel er det et faglig team som er involvert i slike beslutninger. Det er viktig at alle vurderinger kommer frem i beslutningen og dermed sikrer nødvendig informasjon for et bredt beslutningsgrunnlag. Den ansvarlige legen skal ta det endelige valget. Dersom det er usikkerhet eller uenighet knyttet til det medisinske grunnlaget for beslutningen, bør den medisinske situasjonen vurderes av en annen instans, såkalt fornyet vurdering. En fornyet vurdering kan gjøres basert på journalgjennomgang, gjennom intervju og/eller undersøkelse av pasienten, ved at helsepersonell kommer til pasienten, eller at pasienten overføres til undersøkende institusjon.

Forhåndsønsker og stedfortreder: hos pasienter som mangler samtykkekompetanse hviler beslutningen på hva man mener er ”pasientens eget ønske” (25). En vurdering på hva som kan være pasientens eget ønske kan bygge på opplysninger fra nærmeste pårørende og helsepersonell som kjenner pasienten. Pasienten kan ha et livstestament eller at pasienten har oppnevnt en stedfortreder. Noen pasienter har ikke skriftlige forhåndsønsker, derfor blir opplysninger fra familie og de nærmeste viktige. Men slik vi har sett så er ikke dette alltid lett.

Informasjonens relevans må alltid vurderes, og om dette har blitt diskutert med pasienten. Dersom informasjon om pasientens ønske er usikker, bør en legge større vekt på en mer objektiv medisinsk og helsefaglig vurdering av pasientens interesser (25).

Videre kan et livstestament hjelpe legen til å forstå hva pasienten ønsker seg. Det er viktig å påpeke at et livstestament ikke er juridisk bindende. Legen er påtvunget å gjøre en konkret vurdering om livstestamentet gjelder for den aktuelle situasjonen. Noen pasienter oppnevner en stedfortreder. Denne personen kan opptre på vegne av pasienten i situasjoner der pasienten selv ikke er i stand til å ta beslutningen. Stedfortrederen kan samtykke eller nekte behandlingen på vegne av pasienten. Ulike undersøkelser har likevel vist at opplysninger om pasientens ønsker fra oppnevnt stedfortreder eller nærmeste pårørende ikke alltid sammenfaller med pasientens egne vurderinger (25). Derfor må opplysningene alltid vurderes av behandlingsteamet.

Åpen kommunikasjon er veldig viktig ved beslutninger om behandlingsunntakelse. I boken *Medisinsk etikk i vår tid* (24) skriver filosofen Knut Erik Tranøy at *"legen må ha doseringsansvar ikke bare når det gjelder medikamenter, men også når det gjelder informasjon til pasienter"*. Dette gjelder generell praksis, men spesielt gjelder dette når pasienten og pårørende har andre kulturer, holdninger og verdier.

Alissa Hurwitz Swota (26) skriver i sin bok at det er viktig å ta hensyn til følgende aspekter i kommunikasjon med pasienter med andre kulturer eller bakgrunn:

- a) Språket som pasienten og pårørende bruker når man diskuterer sykdommen og behandlingen.
- b) Hvordan forstår familien og pasienten årsaken til sykdommen og behandlingen for sykdommen?
- c) Har alder og kjønn noen påvirkning?
- d) Religiøse overbevisninger.
- e) Politiske og historiske kontekster som muligens påvirker pasientens- og familiens oppfatning av behandlingen; for eksempel diskriminering.

Alle disse faktorene virker inn og avgjør hvordan pasienten eller familien oppfatter sykdommen, og derfor behandlingen og beslutningen omkring dette. Til dette kreves tålmodighet, tid og ikke minst at legen "hører nøye etter" hva det er pasienten *egentlig* ønsker. Legen må forsikre seg om at han/hun har oppfattet "riktig" for å unngå misforståelser. Det er viktig at man i kommunikasjonen med pasienten ikke bare legger vekt på "hva" eller "hvordan" informasjonen blir formidlet, men at legen også viser et ønske om å forstå "hvorfor" pasienten eller pårørende er overbevist om dette. Derfor er det viktig å inkludere familien og pasienten i beslutningsprosessen før den endelige beslutningen tas. En forklaring fra legens side samt forventninger på utfallet av en behandling bør bli diskutert og forklart for pasienten og familien slik at man kan komme fram til en løsning, eventuelt et kompromiss (26). Uansett om det er mulig å inngå et kompromiss eller ei, er det likevel viktig å innse at mye kan læres i en slik prosess.

Kulturelle forskjeller, politiske kontekster og religiøse overbevisninger spiller en viktig rolle i spørsmålet om *hvorfor* pasienten eller pårørende er overbevist om et behandlingsopplegg (i

vårt tilfelle behandlingsunntakelse hos terminale pasienter). Toby L. Schonfeld skriver i *Religious Values and Medical Decision Making:* "religious values (broadly conceived as values of meaningful living) affect the decisional considerations for many patients. Some will be member of organized religious traditions with defined rules about what is and is not permitted for members of the faith. Others will enter the medical realm with personal convictions based on individual spiritual commitments" (27). Han motiverer klinikere og etiske komiteer til å møte slike religiøse utfordringer med åpne spørsmål for å identifisere pasientens verdier, mål og prioriteringer. "The way a person orders her life is often reflected in the choices she makes regarding health care (...). Religious values work the same way. Commitments outside of the healthcare arena may affect the choices patients make inside the medical realm. Yet only by engaging the patient in conversation about these commitments and what they mean for this patient in particular will the provider know the best way to proceed in the present circumstances" (27).

Religionenes syn på dødshjelp, hjelper klinikere til å forstå pasientens og pårørendes holdinger til livsforlengende behandling. Pårørendes forventninger til behandlingsopplegg og forståelse av det norske helsesystemet kan være annerledes fordi man kommer fra en annen kultur og har en annen religion. Pasienter og pårørendes syn kan være mer påvirket av religiøse syn enn det man er klar over. Slike syn er viktig å få frem når legen snakker med pasienten eller familien i forbindelse med avgjørelser som avslutning av en igangsatt behandling, fjerning av ernærings- og væsketilførsel.

7.LITTERATURLISTE:

1. Statistisk sentralbyrå: innvandring og innvandrere. 2011.
<http://www.ssb.no/emner/00/00/10/innvandring/> (01.10.2011)
2. Sullivan D. Euthanasia Versus letting die: Christian Decision-Making in Terminal Patients. Ethics & Medicine; Summer 2005; 21, 2.
3. Store norske leksikon: dødshjelp. 2011 (11-20).
<http://snl.no/dødshjelp> (01.10.2011)
- 4.Lovdata: Lov om straff (Straffeloven): 2005
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20050520-028.html&emne=straffelov*&& (01.10.2011)
5. Lovdata: Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven): 1999
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-004.html#4-9> (01.10.2011)
6. Kirkerådet. Betekning om eutanasi: 1998.
7. Den katolske kirke. Den katolske kirkes katekisme. Annen del: Den kristne trosbekjennelse-troens symboler. 2011.
http://www.katolsk.no/tro/kkk/k1_06 (11.10.2011)
8. Den katolske kirke. Omsorg for livet; hyrdebrev fra de nordiske katolske biskopene om behandling og pleie i livets siste fase. 2002
<http://www.katolsk.no/dokumenter/norden/20020211> (11.10.2011)
9. Scott. M. Sullivan. The development and nature of the ordinary/extraordinary means distinction in the Roman Catholic tradition. Bioethics 2007; 21: 386-397.
10. Store norske leksikon. Islam. 2011 (11-20)
<http://snl.no/islam> (20.10.2011)
11. Store norske leksikon. Koranen. 2011
<http://snl.no/Koranen> (22.10.2011)
12. Babgi A. Legal issues in end-of-life care: Perspectives from Saudi Arabia and United states. American journal of hospice and palliative medicine 2009; 26.
- 13.The islamic European Council for Fatwa and Research - ECFR. 2003 <http://www.euthanasia.com/islamic.html> (20.10.2011)
14. Store norske leksikon. Hinduismen. 2011
<http://snl.no/hinduismen> (25.10.2011)
15. BBC. Euthanasia, assisted dying and suicide. 2009 <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml#findoutmore> (25.10.2011)

16. Firth S. End-of- life: a Hindu view. Lancet 2005; 266: 682-86
17. Haripriya M. Mannen. Death as defined by hinduism. St Louis Univ Public Law Rev. 1996; 15(2): 423-32
18. Store norske leksikon. Buddhismen. 2011
<http://snl.no/buddhismen> (01.11.2011)
19. Damien Keown and John Keown. Killing, karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity. Journal of medical ethics 1995; 21: 265-269.
20. Chaicharoen P. Letting-Go or Killing: Thai Buddhist Perspectives on Euthanasia. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 1998; 8: 37-40
<http://www.eubios.info/EJ82/ej82c.htm>
21. Pedersen R, Bahu MK, Kvisle EM. Oversiktsartikkel: Behandlingsunnløstelse, etikk og jus. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1648-50
22. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitude and practice among norwegian physicians. Soc.Sci.Med 1997; 45: 887-892.
23. Førde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end- of- life decisions in Norway. Resuscitation 2002; 55: 235-240.
24. Tranøy K. Medisinsk etikk i vår tid. Bergen. Sigma forlag, 1994
25. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. 2009.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_veileder_for_beslutningsprosesser_for_begrensning_av_livsforlengende_behandling_hos_alvorlig_syke_og_d_ende_4003
 (10.11.2011)
26. Swota AH. Cultural diversity in the clinical setting. I: D.Micah Hester, edit. Ethics by committee. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, 2008: 107-133.
27. Toby L Schonfeld. Religious values & Medical Decision Making I: D.Micah Hester, edit. Ethics by committee. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, 2008: 133-159
28. Knut W.Ruyter, Reidun Førde, Jan Helge Solbakk. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag. 2000

